WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK XIII 1942 NUMER 6/7

Prof. dr fil., dr med. h. c. L. BENDA, Frankfurt n. M. — Hoechst.

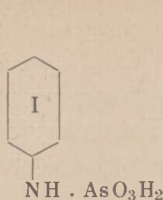
CHEMOTERAPEUTYCZNE PRZETWORY ARSENOWE

Jeżeli przyjrzymy się bliżej pierwiastkom znajdującym się w 5. grupie układu periodycznego, wówczas stwierdzimy, że spośród stojących blisko siebie fosforu, arsenu, antymonu i bizmutu, jedynie trzy wymienione na ostatku stanowią integralne składniki najważniejszych środków chemoterapeutycznych, podczas gdy związki fosforowe we właściwej chemoterapii nie posiadają w ogóle żadnego znaczenia. Od dawna wprawdzie stosuje się fosfór w medycynie, na przykład w postaci fosforowego tranu wątrobowego, usuwającego objawy krzywicy, pomimo tego jednak żadne ze znanych dotychczas połączeń fosforowych nie odpowiada tym warunkom, jakie stawia się *środkom chemoterapeutycznym:* zdolność niszczenia zarazków chorobotwórczych (dotyczy to zawsze chorób zakaźnych) bez wywoływania uszkodzeń w organizmie pacjenta. Jako przykład niechaj posłuży nam *Tonophosphan,* będący aromatycznym *kwasem fosfinowym.* Związek ten stanowi powszechnie znany środek wzmacniający, nie działa natomiast nawet w dużych stężeniach na wiciowce ani na inne pierwotniaki, podczas gdy analogiczne z nim związki, *zawierające arsen,* aromatyczne *kwasy arsinowe,* użyte nawet w bardzo znacznych rozcieńczeniach, zabijają z łatwością zarazki śpiączki. W pracy niniejszej zajmiemy się wyłącznie związkami arsenowymi, posiadającymi, jak wiadomo, nadzwyczajne znaczenie w leczeniu kiły, framboezji, gorączki powrotnej oraz pewnych chorób wywołanych przez wiciowce. *Związki antymonowe,* które nabrały bardzo dużego znaczenia w zwalczaniu pewnych chorób podzwrotnikowych, oraz *połączenia bizmutowe,* stosowane prawie wyłącznie jako chemoterapeutyczne środki przeciw kile, nie mogą być rozpatrywane w ramach niniejszej krótkiej pracy.

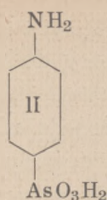
Pomimo tego jednak należy wskazać na pewne ciekawe zjawisko: zależnie od konstytucji chemicznej związku arsenowego, to zn. od sposobu wiązania arsenu w drobinie, zmienia się zakres wskazań w tym sensie, że np. pewne określone połączenie arsenowe stanowi znakomity *lek przeciwkiłowy*, nie nadaje się natomiast zupełnie do innych celów, jak zwalczanie wiciowców, i vice versa. To samo dotyczy związków antymonowych odnośnie do różnych zakresów wskazań; jeśli chodzi natomiast o bizmut, jest rzeczą najzupełniej obojętną, w jakiej postaci zostaje on użyty, czy to jako *pierwiastek* (w stanie dużego rozdrobnienia), czy to jako *wodorotlenek*, czy też wreszcie jako dowolna sól: zawsze okazuje się on *lekiem przeciwkiłowym*. Nie oznacza to bynajmniej, że wszystkie znajdujące się w handlu przetwory bizmutowe są równorzędne pod względem swego działania leczniczego, braku wpływu drażniącego i in.

Z pewnym ociąganiem się przystąpił referent do zadania mającego na celu przedstawienie dziejów rozwoju nowoczesnej chemii przetworów arsenowych, tak ściśle związanych z leczeniem przy pomocy *Salvarsanu*. Od czasu ustalenia konstytucji atoksylu przez *Ehrlicha* i *Bertheima* w dziedzinie tej nagromadził się olbrzymi materiał. Liczba patentów oraz piśmiennictwo naukowo-chemiczne i lekarskie, dotyczące arsenu, przybrały tak znaczne rozmiary, iż wydaje się rzeczą prawie niemożliwą, choćby z nazwy wspomnieć o wszystkich interesujących wydarzeniach w tej dziedzinie. Skoro przyjrzymy się bliżej omawianym zagadnieniom, wówczas stwierdzimy istnienie 6000 arsenowych połączeń aromatycznych, które zostały wyodrębnione przez chemików i poddane badaniom chemoterapeutycznym. Otrzymywanie, skład oraz chemiczne i lecznicze własności tych związków są zarejestrowane w naszej kartotece. Niestety zaledwie około 12 spośród nich zostało przekazanych medycynie. Okoliczność powyższa, bardzo smutna dla wynalazców oraz badaczy tych tysiącznych substancyj, staje się pocieszającą dla kronikarza, mającego za zadanie przedstawienie swym lekarskim czytelnikom tylko kilku przetworów *uznanych za wartościowe* pod względem praktycznym. Zadanie to zostaje jeszcze bardziej uproszczone, ponieważ prawie wszystkie użyteczne związki, przynajmniej jeśli chodzi o leczenie kiły, zostały otrzymane z jednego i tego samego *połączenia* w postaci wytworzonego przez autora w r. 1907 kwasu nitrooksyfenylarsinowego.

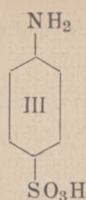
Pierwsze odkrycie w tej dziedzinie zawdzięczamy *Béchamp'owi*, który w r. 1863 wykrył istnienie ciała określonego przez siebie błędnie jako amid kwasu arsenowego (I). Z czasem dopiero stwierdzono, że substancja ta nie odpowiada wzorowi podanemu przez *Béchamp'a*, lecz stanowi kwas p-aminofenylarsinowy (II):



błędny wzór

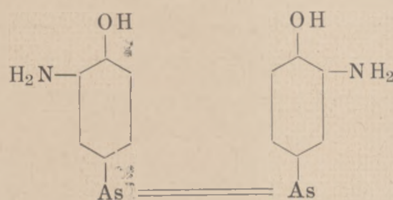


właściwy wzór



kwas sulfanilowy

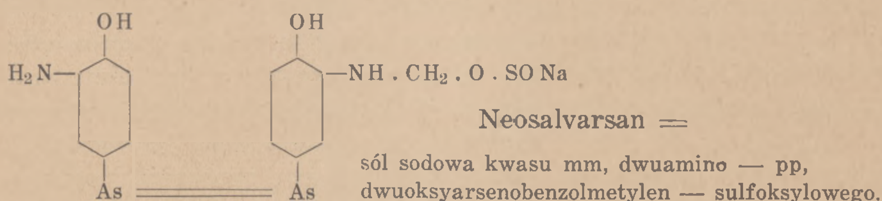
Początkowo chemicy nie przywiązywali większego znaczenia do związku wykrytego przez *Béchamp'a*, przypuszczając że ciało to posiada własności odpowiadające własnościom mieszaniny swych składników: aniliny oraz kwasu arsenowego. Dopiero po 40 latach istnienia przetworu został on wprowadzony do handlu z chwilą, gdy *Blumenthal* stwierdził jego względnie *małą toksyczność*. Ze względu na swe własności, substancja otrzymała nazwę *atoksylu*. Z czasem stwierdzono wartość leczniczą nowego przetworu w pewnych chorobach skórnych i wewnętrznych jak również w trypanosomiasis, śpiączce, chorobach wywołanych przez krętki, w szczególności zaś kile. Niestety, przetwór wywoływał niekiedy ciężkie objawy uboczne (zanik nerwu wzrokowego), ponieważ jego dawka lecznicza leżała bardzo blisko dawki toksycznej. Preparat jednak spełnił swą rolę, budząc zainteresowanie świata naukowego. Wskutek swego podobieństwa do kwasu sulfanilowego nazwany kwasem arsanilowym, stał się atoksyl punktem wyjścia całego szeregu nowych kwasów arsinowych. W międzyczasie wyszło na jaw, że pochodne arsenu pięciowartościowego, w skład których wchodzą kwasy arsinowe, wywierają in vitro bardzo nieznaczne, in vivo natomiast bardzo silne działanie na zarazki chorobotwórcze. Niezwykłe to zjawisko tłumaczono sobie zachodzącą w żywym ustroju redukcją kwasów arsinowych do pochodnych arsenu trójwartościowego w postaci arsinoksydów oraz arsenozwiązków. W dalszym toku badań został wytworzony przez autora kwas p-oksymetanitrofenylarsinowy, wkrótce zaś potem przez *Ehrlicha* i *Bertheima* dwuoksydwuamidoarsenobenzol, którego chlorowodorek w postaci *Salvarsanu*, nazywanego obecnie najczęściej Salvarsanem starym, stanowi przełom w leczeniu kiły.



pp, dwuoksy — mm, dwuaminoarsenobenzol.
(zasada salvarsanowa).

Salvarsan, który ze względu na swe niezwykle energiczne działanie, po dzisiejszy dzień bywa przekładany przez niektórych wenerologów ponad

swe pochodne, jest bardzo wrażliwy na działanie tlenu i ulega rozpuszczeniu w kłopotliwy sposób przy pomocy dodania ługu sodowego. Fenolan sodowy Salvarsanu, nazwany *Salvarsanem-Natrium*, rozpuszcza się już w wodzie, roztwory jego jednak posiadają również oddziaływanie alkaliczne. Wszystkie wymienione przetwory zostały usunięte w cień przez *Neosalvarsan*, który otrzymuje się z Salvarsanu starego przez działanie formaldehydsulfoksylatu



Neosalvarsan =
sól sodowa kwasu mm, dwuamino — pp,
dwuoksyarsenobenzolmetylen — sulfoksylowego.

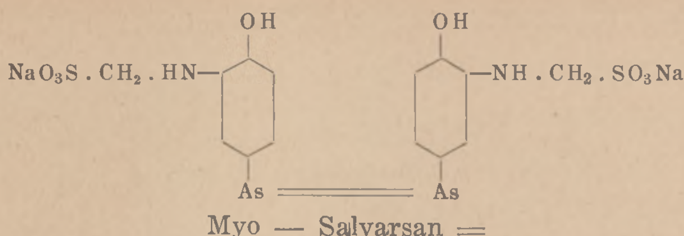
Sól sodowa Neosalvarsanu rozpuszcza się w wodzie i posiada odczyn *obojętny*. Roztwór sporządza się z łatwością, jednak podobnie do Salvarsanu starego powinno się chronić go przed działaniem powietrza, ponieważ w przeciwnym razie powstają związki wysoce trujące. *Neosalvarsan* jest obecnie najpowszechniej używanym przetworem *salvarsanowym*. Dlatego też jest rzeczą zbyteczną wdawać się tutaj we wszystkie związane z nim szczegóły; nie można jednak przemilczeć faktu istnienia w handlu całego szeregu bezwartościowych naśladownictw, które działają znacznie słabiej i posiadają gorszą tolerancję.

Dalsze badania, prowadzone w tejże dziedzinie, doprowadziły do wytworzenia licznych połączeń Salvarsanu z metalami. Tak więc powstał *Salvarsan miedziowy* oraz *srebrowy* (Silbersalvarsan). Jak stwierdzono, Salvarsan srebrowy wywiera swoiste działanie w kile, z drugiej strony posiada on pewne wady. Brunatna barwa tej substancji przeszkadza podczas wstrzykiwań dożylnych, łatwo również dochodzi do rozkładu Silbersalvarsanu.

Neosilbersalvarsan odznacza się znacznie lepszą tolerancją oraz wywiera w kile znacznie pomyślniejsze działanie lecznicze niż Silbersalvarsan.

Wśród dalszych związków pokrewnych na wzmiankę zasługują *Sulfoxyl - Salvarsan*, oraz *Arsenofenylglicyna*, działająca bardzo dobrze przeciwko wiciowcom.

Podczas gdy wszystkie wymienione dotychczas przetwory salvarsanowe nadawały się wyłącznie do wstrzykiwania *dożylnego*, następny z nich, *Myo - Salvarsan*, stanowi znaczny postęp techniki leczniczej, ponieważ umożliwia on *domięśniowe* stosowanie arsenobenzolu.



Myo — Salvarsan =
sól sodowa kwasu dwuoksydwuaminoarsenobenzol — dwumetansulfonowego.

Wstrzykiwania Myo-Salvarsanu wywierają pełne działanie lecznicze i są znoszone zupełnie dobrze.

Najnowszym i jak przypuszczamy, stanowiącym duży postęp w leczeniu kiły preparatem jest *Solu-Salvarsan*, otrzymany syntetycznie przez *Streitwolfa, Fehrlego* i *Herrmanna* w laboratoriach w Hoechst. Solu-Salvarsan, nieomal równowartościowy pod względem leczniczym z Neosalvarsanem, również może być wstrzykiwany *domięśniowo*. Bardzo dużą zaletę Solu-Salvarsanu stanowi trwałość jego wodnych roztworów, które są dostarczane lekarzom w stanie gotowym do bezpośredniego użytku.

Członem pośrednim w syntezie Solu-Salvarsanu jest Spirocid, nazywany również Stovarsolem. Przetwór ten znany od dawna, poszedł początkowo w zapomnienie, ponieważ po szeregu przykrych doświadczeń z pokrewnymi mu lekami badacze nie odważyli się na zastosowanie Spirocidu u ludzi. Po upływie wielu lat stwierdzono dopiero, iż środek ten wywiera energiczne działanie przeciwkiłowe, stanowiąc zarazem jedyny preparat tego rodzaju działający na drodze doustnej. Lek ten polecany jest zresztą nie tylko w kile, lecz także i w innych chorobach wywołanych przez krętki oraz pierwotniaki, w czerwonce amebowej, toczniu rumieniowatym i t. d.

Ze względu na szczupłość ram niniejszego referatu nie będziemy mogli zająć się dalszymi lekami z tej grupy, wymieniając jedynie kilka nazw przetworów takich, jak *Arsacetin, Tryparsamid*, połączenia pirydynoarsenowe i wreszcie arsenakrydynowe.

Spoglądając wstecz na ogrom pracy dokonanej przez liczne rzesze badaczy, musimy stwierdzić, że właściwie nie wykryliśmy reguł ogólnych, na podstawie których możnaby z góry wysuwać wnioski o działaniu leczniczym danego związku chemicznego. Jak się okazuje, jedne i te same grupy chemiczne mogą stosownie do okoliczności wywierać działanie *euterapeutyczne* i *dysterapeutyczne*. Z drugiej strony niekiedy można tu wykazać pewną regularność. Tak na przykład, prawie wszystkie arsenowe leki przeciwkiłowe zawierają grupę *hydroksylową* w położeniu para, natomiast wszystkie arsenowe środki przeciw *wiciowcom* posiadają atom *azotu* w położeniu para względem arsenu. Tego rodzaju spostrzeżenia są jednak odosobnione.

Dr **SCHMIDT - LA BAUME**, Miejski Zakład dla chorych w Mannheim.

ZNACZENIE A. T. 10 DLA DERMATOLOGII W SUBSTYTUCYJNYM LECZENIU CHORÓB PRZEBIEGAJĄCYCH Z NIEDOBOREM WAPNIA W USTROJU

(Referat podług Med. Klin. 1937, nr. 48).

Schmidt-La Baume stosując A. T. 10 w impetigo herpetiformis był pierwszym, który stwierdził pomyślne skutki tego rodzaju leczenia. Asystent jego *Hirn* wybrał z piśmiennictwa jeszcze 24 przypadki chorób skórnych, przebiegających z niedoborem wapnia we krwi; w ich liczbie znajduje się 17 (przeważnie ciężarnych) kobiet z impetigo herpetiformis. 9 pacjentek zmarło, 3 zostały wyleczone. U kobiety, u której *Schmidtowi-La Baume* po raz pierwszy udało się przy pomocy A. T. 10 zapobiec śmiertelnemu zejściu impetigo herpetiformis, pojawił się w międzyczasie nawrót połączony z zaburzeniami ze strony wzroku. Po ponownym podaniu A. T. 10 utajona tężyczka uległa ponownej poprawie, przede wszystkim zaś ustąpiły zaburzenia ze strony wzroku. *Schmidt-La Baume* donosi o 4 niepowodzeniach leczniczych w twardzinie skóry oraz o dwóch przypadkach niedoboru wapnia we krwi, w których A. T. 10 przyniósł jedynie przemijający skutek, wreszcie o kilku chorobach skórnych, których przebieg został przedstawiony przez *Holtza* i in. Zastosowanie A. T. 10 doprowadzało natomiast zawsze do poprawy w przypadkach ciężkich wyprysków przebiegających z niedoborem wapnia we krwi *(Lux)*, wyprysku oraz wrzodzie goleni po zapaleniu zakrzepowym żył, wyprysku krostowatym (prawdopodobnie impetigo herpetiformis), pokrzywce pęcherzowej, bliznowcu i twardzinie skóry:

1. Pani R., lat 61. Przed 5 laty operacja brzuszna z następowym zakrzepowym zapaleniem żył obydwu kończyn dolnych oraz naczyń miednicznych. Bóle w prawej goleni obok równoczesnego znacznego, przewlekłego wyprysku obydwu kończyn dolnych o cechach impetigo herpetiformis. Nagłe ustanie miesiączkowania w 55. r. życia. Od 1935 r. owrzodzenie goleni z bolesnym zespołem objawów przekrwiennych. Poziom wapnia we krwi 7,6 mg %. Wyprysk ustąpił pod wpływem A. T. 10 (początkowo 5, następnie zaś 3 oraz 2 cm^3 doustnie). Poziom wapnia we krwi obecnie 9,5 mg %. W dalszym ciągu co 14 dni po 3 cm^3 A. T. 10. Wyprysk nie pojawił się więcej, wrzód goleni również uległ znacznej poprawie *(Dengg*, Karlsruhe).

2. Pani M. C. Tężyczka po ciąży równocześnie zaś impetigo herpetiformis. Przed 8 laty poród dwojaczków. W następnym czasie samorodna tężyczka, później zaś ogólne osłabienie fizyczne, krótsze lub dłuższe okresy zamroczeniowe oraz napady padaczkowate. Od 8 lat wykwity krostowate, od r. 1935 wyprysk w okolicy narządów płciowych oraz na goleniach, poprzeczne bruzdowanie paznokci. Poziom wapnia we krwi około 6 mg %. Po leczeniu A. T. 10 zupełne wyleczenie wyprysku jak również objawów psychicznych *(Schleglmann*, Mering w Bawarii Górnej).

3. Pani St. Na., lat 52. W 1930 wycięcie wola z powodu choroby Basedowa. Od czasu operacji napady tężyczkowe: łatwa pobudliwość, przyspieszenie tętna, drżenie palców. 1933 pogorszenie bystrości wzroku. W marcu 1935 w ciągu 3 godzin skurcze mięśni dłoni. W bliźnie po wycięciu tarczycy bolesny bliznowiec. Poziom wapnia we

krwi 6,6 mg %. Po A. T. 10 ustąpienie kołatania serca oraz nadmiernej pobudliwości. Ca 9,6 mg %. Po 15 tygodniach (łącznie 100 cm^3 A. T. 10) bliznowiec stał się miększy, bolesność jego nie wzrosła, skóra stała się gładsza. Istnieje tu duże prawdopodobieństwo przyczynowego związku również pomiędzy powstawaniem bliznowca a zaburzeniami wydzielania wewnętrznego *(Holtz, Berlin)*.

4. Pacjentka od lat cierpi z powodu łatwego męczenia się oraz znacznego osłabienia. Napad tężyczkowy podczas podróży koleją. Poziom wapnia we krwi w dniu przyjęcia 8,9 mg %, po leczeniu A. T. 10 9,8 mg %. Urticaria bullosa, która nagle pojawiła się w okolicy kostek (rzekomo wskutek ukąszenia komara), istniała już przed laty. Stan ogólny oraz sprawność fizyczna uległy znacznej poprawie pod wpływem A. T. 10. *(Barner,* Braunlage).

5. Młody asteniczny mężczyzna. Twardzina skóry oraz akrodermatitis w okolicy kostek kończyny górnej. Od 1933 postępujące stwardnienie skóry w obrębie kończyn, początkowo na ramionach, następnie zaś w obrębie prawego uda oraz stopy. Tarczyca nieco powiększona. Poziom wapnia we krwi 10,6 mg % przed leczeniem. Ze względu na wpływ wywierany przez wapń na błony komórkowe („wewnątrzkomórkowe zaburzenia gospodarki wodnej i solnej") zastosowano A. T. 10, w ciągu 15 dni po 1 cm^3. Zmiękczenie deskowato twardo napiętego przedramienia, jak również kończyn dolnych. Jeszcze raz 15 cm^3 A. T. 10 w tych samych dawkach. Po 4 tygodniach jedynie jeszcze nacieczenie przedramienia wielkości monety pięciozłotowej. 1.VII.1937 nie otrzymuje więcej A. T. 10 ze względu na trwałą poprawę. W dalszym ciągu ponowne stwardnienie *(Hummel,* Schwiebus).

Jak widzimy więc, we wszelkich niedoczynnościach gruczołów przytarczowych, przebiegających z obniżeniem poziomu wapnia we krwi, zastosowanie A. T. 10, podnosząc poziom wapnia we krwi, doprowadza do ustąpienia zmian skórnych, jak również pozostałych objawów utajonej tężyczki.

Prof. dr H. Löhe, Szpital R. Virchowa w Berlinie.

NOWE DROGI W LECZENIU ZIARNINIAKA GRUCZOŁOWEGO PACHWIN

(Ref. p. Therapie der Gegenwart 1938, nr 12).

Ziarniniaka gruczołowego pachwin leczono dawniej jodem, promieniami Röntgena oraz zabiegami chirurgicznymi. Znacznie lepsze wyniki przynosi chemoterapia przy pomocy antymonu, przede wszystkim zaś związków złotowych. Antygen *Freia* wzgl. szczepionka działa częstokroć lepiej od innych sposobów w esthiomene oraz zwężeniach odbytnicy. Najlepsze wyniki zdaje się jednak w ostatnich czasach przynosić Prontosil w połączeniu z Fuadinem. Jak to wykazały doświadczenia przeprowadzone w Szpitalu *R. Virchowa* z zakażanymi domózgowo myszami, Prontosil przyczynia się do znacznego skrócenia przebiegu choroby. *Löhe* z następującym wynikiem leczył 5 chorych z objawami wczesnymi:

1. Mężczyzna 48-letni. Wystąpienie pierwszych objawów w 8 dni po zakażeniu. Obecnie w prawej pachwinie 3 guzy wielkości jaja gołębiego z przetokami, przez które wydziela się żółtawa ropa. Okoliczne gruczoły chłonne silnie obrzmiałe, odczyn Freia ++++. Leczenie: 4 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu rubrum. Po 6 dniach przetoki zamknęły się. Po 23 g Prontosilu ustąpiło obrzmienie gruczołów chłonnych. Bez dolegliwości.

2. Mężczyzna 25-letni. Mniej więcej w 1 miesiąc po zakażeniu powiększenie lewych gruczołów pachwinowych. Gruczoły chłonne silnie obrzmiałe. Odczyn Freia +++. Nakłucie obrzmienia wielkości gołębiego jaja: 25 cm³ ropy. Prontosil album 4 razy po 1 tabletce. Po podaniu łącznej ilości 90 g Prontosilu całkowite ustąpienie obrzmienia gruczołów chłonnych.

3. Mężczyzna 34-letni. Bolesne obrzmienie w lewej pachwinie wielkości jaja gęsiego. Odczyn Freia +++. Nakłucie wydobywa 120 cm³ ropy. Prontosil album (4 razy dziennie po 1 tabl.). Obrzmienia gruczołów chłonnych ustąpiły po podaniu łącznej ilości 60 g Prontosilu.

4. Mężczyzna 38-letni. W 14 dni po zakażeniu obrzmienia w obydwu pachwinach. Rozmiękła dymienica po stronie lewej. Nakłucie: 80 cm³ ropy. Po 28 g Prontosilu przetoka zamknęła się, po 42 g Prontosilu rubrum prawie całkowite ustąpienie obrzmienia gruczołów chłonnych biodrowych.

5. Kobieta lat 21. Bolesne obrzmienie po stronie prawej. Tamże 2 przetoki. Odczyn Freia +++. Wyleczenie po 19 g Prontosilu album.

U wszystkich chorych powiodło się osiągnąć szybkie wyleczenie przy pomocy Prontosilu, w każdym bądź razie rychlejsze i pewniejsze niż pod wpływem stosowanego dawniej leczenia chirurgicznego, złotowego lub antymonowego. Prontosil okazał się również skutecznym środkiem w przewlekłych ziarniniakach gruczołowych pachwin np.:

1. Kobieta 42-letnia, chora od 1926, leczona m. in. promieniami Röntgena. Obrzmienia gruczołów chłonnych ustąpiły po podaniu Prontosilu w łącznej ilości 50 g.

2. 30-letnia kobieta z ziarniniakiem odbytniczo-prostniczym, prawdopodobnie od 10 lat. Zwężenie kiszki grubej. Po podaniu 38 g Prontosilu rubrum doszło do wyleczenia wśród objawów bliznowacenia.

3. Kobieta 38-letnia. Zwężenie odbytnicy wskutek ziarniniaka gruczołowego, z tejże przyczyny wytworzenie anus praeternaturalis. 30 g Prontosilu rubrum doprowadza do wyleczenia. Przetoka jelitowa zagoiła się, odbyt sztuczny zasklepiony.

4. 34-letni mężczyzna. Zwężenie odbytnicy, wobec czego odbyt sztuczny. Zwężenie jelita. Łącznie 90 g Prontosilu album. Poprawa, zasklepienie odbytu sztucznego.

Prontosil sprowadzał również poprawę w utrzymujących się całymi latami dolegliwościach genito-recto-analnej postaci ziarniniaka. Stwierdzono zmniejszenie się zwężeń oraz powrót sprężystości tkanek. Dotychczas leczono 7 przypadków przewlekłych. Dalsze badania stwierdzą, czy istnieje tutaj niebezpieczeństwo nawrotów.

Dr Valdemar Erlendsson, Frederikshavn.

LECZENIE CHORÓB GRONKOWCOWYCH PRZY POMOCY SZCZEPIONEK, PRONTOSILU I RIVANOLU

(Referat podług Ugesk. f. Laeger 1937, nr 42).

W czyraczności, trądziku pospolitym, ropniach powierzchownych i głębszych jak również w czyrakach przeprowadzał *Erlendsson* próby nad leczeniem przy pomocy szczepionki gronkowcowej jak również Prontosilu i Rivanolu.

W trądziku oraz lżejszych stopniach czyraczności stosowano Staphar

(Behringwerke) w dawkach wzrastających od 0,5 do 2 cm³ dopośladkowo co 2. dzień (podług przepisu *Tiedje* (Ugeskr. f. Laeger 1934 nr 44)), zazwyczaj w łącznej liczbie 4 wstrzykiwań. Wynik był prawie zawsze pomyślny: spośród 8 pacjentów, leczonych w przytoczony sposób bez zastosowania jakiegokolwiek godnego wzmianki leczenia miejscowego, doszło do zupełnego wyleczenia w 6 przypadkach, natomiast u 2 chorych zaznaczyła się jedynie przemijająca poprawa. Również inna szczepionka gronkowcowa przyniosła w kilku przypadkach zadowalające wyniki. W ropniach skóry pomagał dość często Prontosil. 2 mężczyzn, którzy posiadali duże i mnogie ropnie skóry w obrębie twarzy, szyi oraz pleców, otrzymało po 5 cm³ Prontosilu pozajelitowo w odstępach 3-dniowych, oprócz tego zaś pędzlowanie roztworem Rivanolu o stężeniu dosięgającym 1%. Wszystkie ropnie zabliźniły się i ustąpiły w ciągu 8 dni. W 3 miesiące po leczeniu obydwaj pacjenci nie dostali jeszcze nawrotów.

W ostrej róży *Erlendsson* nie miał jeszcze sposobności zastosowania Prontosilu, natomiast 3 starsze kobiety z przewlekłą nawracającą różą otrzymały 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu rubrum. Działanie było dobre: zaczerwienienie, obrzmienie oraz gorączka ustąpiły już po podaniu najwyżej 30 — 40 tabletek. W ropniach leżących głębiej jak i w większych czyrakach swoiste działanie zdaje się wywierać Staphylo-Yatren (Behringwerke). U 5 chorych, leczonych w ten sposób, wynik był znakomity, jak tego dowodzą przytoczone historie chorób:

1. 19-letnia dziewczyna z rozpoczynającym się ropniem lewego pośladka. Istniało już znaczne obrzmienie i wybitne zaczerwienienie otoczenia. Gruczoły pachwinowe powiększone. Już po wstrzyknięciu 2 ampułek Staphylo-Yatrenu mocy II i IV objawy ustąpiły, po czym chora szybko powróciła do zdrowia. Wstrzykiwania powtarzano jedynie co 3 dni. Po wstrzyknięciach pacjentka czuła się nieco gorzej oraz miała nieznacznie podwyższoną ciepłotę ciała, jednakowoż objawy te ustępowały całkowicie następnego dnia.
2. Młoda kobieta z bardzo dużym czyrakiem wargi górnej w okolicy prawego kąta ust. Co 2. dzień wstrzykiwania Staphylo-Yatrenu mocy I, II i III, co spowodowało całkowite zbliznowacenie czyraka. Dodatkowo stosowano okłady z Rivanolu 1‰.
3. Pewien mężczyzna z bardzo dużym czyrakiem otrzymał dopośladkowe wstrzykiwania Staphylo-Yatrenu I, II, IV i V; równocześnie okłady z Rivanolu 1‰. Po upływie zaledwie 5 dni zgorzelinowy czop czyraka został wydalony, 10. dnia czyrak ustąpił i rana była zagojona. Po pierwszych wstrzykiwaniach pojawiało się podwyższenie ciepłoty ciała o 1 — 2°.
4. Młoda kobieta z rozpoczynającym się ropniem lewego gruczołu piersiowego. Silne nacieczenie otoczenia ropnia oraz obrzmienie i bolesność gruczołów pachowych. Po 3 dopośladkowych wstrzyknięciach ampułek mocy II, III, IV wszystkie objawy ustąpiły, pacjentka została uleczona.
5. Starszy mężczyzna z ropniem okołoodbytniczym został wyleczony po 5 wstrzyknięciach Staphylo-Yatrenu I, II, III, IV i VI. Za każdym razem po wstrzyknięciu pojawiała się nieznaczna gorączka oraz ból głowy utrzymujący się około 1 dnia. Miejscowo przykładano kilka razy dziennie ciepłe okłady z Rivanolu.

2 — 3 razy leczenie nie przyniosło spodziewanego wyniku, szereg razy również wypadało przerwać leczenie z powodu niedostatecznej wytrwałości pacjentów. Na ogół wyniki zachowawczego leczenia czyraków i ropni przy pomocy szczepionek są zadowalające i dają się osiągnąć w sposób wygodniejszy i bardziej oszczędzający niż na drodze zabiegu operacyjnego.

Dr Gay Brieto, dr M. Górnez i dr B. López, Madryt,
(Referat podług Actas derm.-sif. 1939, t. 30),
dr S. Dobos i dr K. Horváth, Szpital Stefana w Budapeszcie.
(Referat podług Orv. Hetil. 1939 nr 33).

LECZENIE WRZODU MIĘKKIEGO

Leczenie wrzodu miękkiego i jego powikłań stanowi jedno z trudniejszych zadań dermatologii. Dopiero wprowadzenie leczenia przy pomocy szczepionki z pałeczkowców łańcuszkowych w połączeniu z leczeniem gorączką stworzyło możliwości skutecznego zwalczania choroby na drodze swoistej. Dzięki wczesnemu stosowaniu szczepionki można obecnie osiągnąć najczęściej szybkie wyleczenie bez rozwinięcia się powikłań gruczołowych. W razie już istniejącego obrzmienia gruczołów chłonnych, obrzęk ich zmniejsza się jak również zostaje uniemożliwione przebicie się rozmiękających mas przez skórę. W dymienicach już przebitych udaje się znacznie skrócić czas trwania choroby. Ponieważ najwłaściwsze postępowanie lecznicze polega na kojarzeniu procesów pobudzających odporność swoistą z przestrajającym nieswoistym działaniem leczenia gorączką, przeto Behringwerke wyprodukowały pod nazwą „Ulcatren" nową swoisto-nieswoistą szczepionkę yatrenową. Szczepionka ta w sposób szczególnie korzystny czyni zadość warunkom tego skomplikowanego działania ustrojowego.

Ulcatren składa się z różnorodnych szczepów pałeczek Unna-Ducrey, zawieszonych w 3% roztworze Yatrenu. Preparat nie zawiera dodatku specjalnego środka utrwalającego, ponieważ jałowość jego jest zapewniona dzięki obecności Yatrenu. Ulcatren jest wytwarzany w trzech różnych mocach i obok stałej ilości Yatrenu zawiera następujące liczby zarazków:

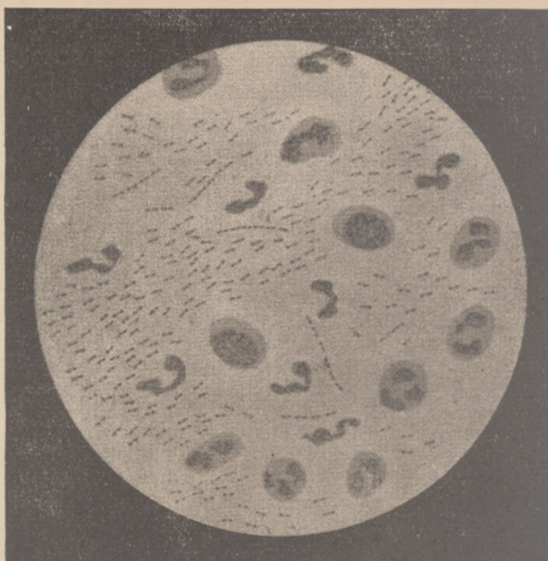
Ampułka	1 i 2	po 100	milionów	zarazków	w 2 cm³
„	3 „ 4	„ 200	„	„	„ 2 „
„	5 „ 6	„ 400	„	„	„ 2 „

Szczepionka podlega badaniom odnośnie jałowości oraz nieszkodliwości.

Ulcatren stosuje się przeważnie dożylnie. Zależnie od stopnia alergii pacjenta pojawia się wybitny odczyn gorączkowy, szczególnie wyraźny po pierwszym wstrzyknięciu i poprzedzany zazwyczaj dreszczami. Odczyn ten jest pożądany i przemija najczęściej w ciągu jednego dnia. Przy następnych wstrzykiwaniach odczyny są już zazwyczaj słabiej zaznaczone. Przerwy pomiędzy wstrzyknięciami powinny być tak dobrane, aby następne wstrzyknięcie przypadało w okresie całkowitego ustąpienia zmian wywołanych poprzednim odczynem. Na ogół poleca się stosować przerwy 2 do 3-dniowe. U pacjentów słabowitych wzgl. u kobiet ciężarnych można zadowolić się w ostateczności wstrzykiwaniami domięśniowymi. Odczyn gorączkowy jest wówczas mniejszy i przebiega łagodniej.

Leczenie dożylne jest przeciwwskazane w razie złego stanu ogólnego, w chorobach wątroby, nerek lub serca, wreszcie w gruźlicy oraz zimnicy. Na podstawie swego osobistego doświadczenia powinien lekarz rozstrzyg-

nąć w tych przypadkach, czy wskazane jest leczenie przy pomocy wstrzykiwań domięśniowych, ewentualnie z zastosowaniem mniejszych dawek.



Pałeczki Ducrey ułożone na kształt ławicy ryb (podług *Kowarskiego)*

Ustalenie rozpoznania w wrzodzie miękkim bywa niejednokrotnie połączone z trudnościami. Dlatego też przed rozpoczęciem leczenia najpraktyczniej jest wykonać próbę skórną podług Ito-Reenstjerna. W tym celu posługujemy się testem ulcatrenowym, który dla uniknięcia odczynu nieswoistego nie zawiera dodatku Yatrenu. Posługując się cienką igłą wstrzykuje się 0,2 cm^3 przetworu w skórę ramienia. Po upływie 48 godzin odczytuje się wynik odczynu. Próba posiada znaczenie ściśle swoiste, w razie wyniku dodatniego pojawia się po upływie 24 godzin zgrubienie wielkości monety pięciogroszowej z zaczerwienionym i nacieczonym otoczeniem. Odczyn osiąga swe najwyższe natężenie po 48 godzinach i może dochodzić wielkości monety pięciozłotowej. Należy pamiętać, że odczyn staje się dodatni dopiero w 8 dni po zakażeniu. W ciągu pierwszych 8 dni wypada on natomiast najczęściej ujemnie lub też bardzo słabo dodatnio. W razie dołączających się powikłań odczyn przybiera szczególnie silne natężenie. W ciągu 10 do 12 dni po leczeniu odczyn staje się ujemny, aby w dalszym ciągu wypadać dodatnio przez szereg lat. W razie niejasnych objawów klinicznych należy być o tyle ostrożnym w ocenie odczynu skórnego, że dodatni jego wynik może być zależny od choroby już dawno przebytej, podczas gdy obecnie możemy mieć do czynienia z czymś zupełnie innym, na przykład z ziarniniakiem gruczołowym pachwin. Rozpoznanie różnicowe pomiędzy wrzodem miękkim a ziarniniakiem gruczołowym pachwin można w tego rodzaju przypadkach przeprowadzić przy pomocy antygenu *Freia.*

Dla wyjaśnienia stanu faktycznego można w podobnych przypadkach posługiwać się także dożylnym wstrzyknięciem próbnym Ulcatrenu. W razie pojawienia się poprawy, można z całą pewnością przyjąć obecność wrzodu miękkiego. Odwrotnie, z braku poprawy można wnioskować, że chodzi tu o jakąś inną chorobę.

Dobos i *Horváth* stosowali Ulcatren u 55 chorych z wrzodem miękkim.

Wyniki były znacznie lepsze niż pod wpływem zwykle używanego leczenia. Również u 9 chorych, u których żadnego skutku nie przyniosło leczenie gorączką ani zabiegi miejscowe, pełny wynik został osiągnięty dzięki wstrzykiwaniu Ulcatrenu.

W ciągu ostatnich lat pewne wyniki przyniosła również chemoterapia przy pomocy sulfonamidów: *v. Polony* (M. M. W. 1938 nr 32) stosował z powodzeniem Prontosil, *Järnecke* (Med. Welt 1938 nr 53) Uliron i in.

Dr H. Löhe i R. Wawersig, Szpital R. Virchowa w Berlinie,
(Dtsch. med. Wschr. 1940 nr 11, str. 283).

BADANIA PORÓWNAWCZE NAD SKUTECZNOŚCIĄ RÓŻNYCH DISEPTALI W LECZENIU RZEŻĄCZKI

Od r. 1937 L. i W. leczyli około 2400 chorych na rzeżączkę przy pomocy diseptali (Uliron, Neo-Uliron, Uliron C). Nieliczni chorzy otrzymywali również związek nie znajdujący się w handlu a pokrewny diseptalom (Mesudin). Wyniki leczenia obrazuje poniższa tabela:

	Uliron	Neo-Uliron	Uliron C	Mesudin	
Kobiety	185	653	357	91	1286
Mężczyźni	137	412	165	—	714
Suma	322	1065	522	91	2000
Nawroty					
po 1. uderzeniu	139 = 43,1%	167 = 15,7%	101 = 19,4%	31 = 34%	
po 2. uderzeniu	43 = 13,4%	46 = 4,3%	18 = 3,5%	8 = 8,8%	
Wyleczenia					
po 1. uderzeniu	56,9%	84,3%	80,6%	66%	
po 2. uderzeniu	86,6%	95,7%	96,5%	91,2%	

Tabela wykazuje wyraźną przewagę Neo-Ulironu. Dlatego też L. w Neo-Ulironie widzi lek przeciwrzeżączkowy dla praktyki ogólnej; Uliron C, który jest równoważny Neo-Ulironowi oraz może działać jeszcze w przypadkach bezskuteczności Neo-Ulironu, powinien być stosowany raczej w klinikach oraz szpitalach ze względu na możliwość działań ubocznych. Leczenie rzeżączki rozpoczyna się od przestrojenia, to zn. wstrzykiwania co 2. dzień szczepionki gonokokowej (Gonargin) w ilościach wzrastających; zamiast tego można stosować również autohemoterapię, bądź wstrzykiwania mleka, bądź Omnadinu. Po 3 wstrzyknięciach następuje uderzenie Neo-Ulironem lub Ulironem C, to znaczy, że w ciągu 4 dni podaje się po 3 g Neo-Ulironu lub w ciągu 4 dni po 1,5 g Ulironu C. Najczęściej już 3. dnia a więc po 6 g Neo-Ulironu znikały gonokoki. U kobiet wykonywano oprócz tego płukania odbytnicze. Badania przeprowadzono u kobiet przed, w czasie oraz po menstruacji. W 5 dni po zakończeniu 1. uderzenia Neo-Uliro-

nem wstrzykiwano w celach prowokacji 5 cm³, po dalszych 5 dniach 8 cm³ mleka domięśniowo oraz po dalszych 5 i jeszcze dalszych 5 dniach szczepionkę gonokokową. Jeżeli badanie wydzieliny stwierdzało nawrót, wówczas wykonywano raz jeszcze przestrojenie przy pomocy szczepionki gonokokowej, następnie zaś przeprowadzano 2. uderzenie Neo-Ulironowe (12 g). U wszystkich chorych na rzeżączkę rozmyślnie nie stosowano płukań miejscowych; w każdym bądź razie dla oceny skuteczności badanego preparatu jest rzeczą konieczną przeprowadzenie prób bez innych środków pomocniczych. Przy postępowaniu sposobem *Löhego*, pomimo uprzedniego „przestrajania", leczenie jest zakończone po 9 dniach. U chorych leczonych przez *L.* cierpienie utrzymywało się już od dłuższego czasu. Ponieważ w warunkach autorów bardzo rzadko do leczenia zakładowego zgłaszają się przypadki „świeżej" rzeżączki, przeto *L.* nie odpowiada jeszcze na pytanie, czy jest rzeczą celową natychmiastowe leczenie diseptalami niepowikłanej rzeżączki, czy też raczej początkowe zajęcie stanowiska wyczekującego. Pojęcie „świeżej" rzeżączki nie jest również ściśle ograniczone; niektóre przypadki chorobowe zostały przez *L.* uznane za „świeże", pomimo, że wcale takimi nie były. *Spiethoff* radzi, aby natychmiast rozpoczynać leczenie celem zapobieżenia zapaleniu najądrzy. Sprzeciwiają się z tym spostrzeżenia *L.*, który częstokroć widywał przecie występowanie zapalenia najądrzy u chorych, którzy natychmiast przy pierwszych objawach chorobowych otrzymywali Uliron i in.; jeszcze częściej widywał *L.* zapalenie gruczołu krokowego. W przeciwstawieniu do danych *Toegla* (Münch. med. Wschr. 1939 nr 4) widział *L.* pod wpływem Neo-Ulironu wyzdrowienie 144 pacjentów spośród 176 chorych na zapalenie gruczołu krokowego. W zapaleniu gruczołu krokowego jak również w zapaleniu najądrzy stwierdzano najczęściej już po 2 — 3 dniach wyraźne zmniejszenie się objawów chorobowych. W zapaleniu gruczołu Bartholiniego u kobiety również szybko ustępowały ostre objawy zapalne. Leczenie kontynuowano także podczas ciąży; prawie zawsze udawało się zapobiec wstępującej wędrówce gonokoków podczas połogu; spośród 655 kobiet leczonych Neo-Ulironem jedynie 33 razy wywiązało się zapalenie przydatków. Spośród 23 małych dziewczynek leczonych Neo-Ulironem (w ilości łącznej 6 g) aż 16 pozbyło się gonokoków już po pierwszym uderzeniu. 4 razy doszło do nawrotów, wreszcie 3 razy nie udało się osiągnąć w ogóle żadnego efektu.

Przy używanych obecnie dawkach uderzeniowych na ogół bardzo rzadko spostrzegało się objawy uboczne. Niekiedy widywano wysypki o charakterze odrowym lub płoniczym. Skargi na bóle głowy lub dolegliwości żołądkowe spotykano najczęściej u kobiet. Spostrzegana niekiedy sinica warg i twarzy ustępowała zazwyczaj bardzo szybko.

Dzięki stosowaniu Neo-Ulironu czas leczenia rzeżączki uległ znacznemu skróceniu, jednakowoż dokładne stwierdzenie ostatecznego powrotu do zdrowia wymaga prawdopodobnie nieco dłuższego niż zwykle okresu spostrzegania następczego.

Prof. dr H. v. Seemen, Klin. Chir. w Monachium, (Ref. podł. Vortr. aus der prakt. Chir. 1938 z. 19, Enke-Stuttgart); dr O. Hoche, Państwowy szpital policyjny w Berlinie (Med. Klin. 1939 nr 48); prof. dr H. Kurtzahn, Królewiec (Kleine Chir., Urban & Schwarzenberg, Berlin 1940).

O LECZENIU RAN

Ze względu na kształt rozróżnia się rany cięte, miażdżone oraz szarpane, dalej rany kłute i postrzałowe, wreszcie zranienia narządów wewnętrznych jako następstwa urazów tępych i w końcu ciężkie urazy tępe jamy brzusznej. Podczas gdy rana cięta z jej gładkimi brzegami przebiega bez większego uszkodzenia tkanek, w innych rodzajach ran dochodzi do rozleglejszej martwicy tkanek. W nie wymienionych jeszcze ranach kąsanych należy zawsze pamiętać o zwiększonej możliwości zakażenia pierwotnego.

Gojenie się rany nie jest procesem wyłącznie miejscowym. Rana, lub też dokładniej rozpad tkanek, wywiera swe działanie (jak na przykład w oparzeniach) na cały ustrój. We krwi zwiększa się zawartość globulin oraz fibrynogenu (nie zaś albumin); elementy komórkowe ulegają łatwiejszemu skłaczaniu, stąd też przyspieszenie opadania krwinek. Utrata krwi powoduje niedokrwistość, wypłukiwanie ze szpiku niedojrzałych białych oraz czerwonych krwinek, jak również w pewnej mierze kwasochłonność krwinek białych. W wysiękowej fazie gojenia się rany stwierdza się leukocytozę. Również liczba krwinek płytkowych ulega wzmożeniu. Z tkanek wchodzących w skład rany uwalnia się cały szereg ciał („trucizny wczesne"), które mogą działać rozszerzająco na naczynia oraz wywoływać objawy zapadu. Bywają one przyczyną wstrząsu pourazowego. Poza tym trucizny wczesne mają nie mieć żadnego znaczenia w zabiegach elektrochirurgicznych, ponieważ jady te tracą swe własności przy 60 — 80^0. Prawdopodobnie dochodzi również do obciążenia bilansu witamin. Oprócz tego jako bezpośrednie następstwo zranienia może powstać zator tłuszczowy, przy czym szczególnie groźne jest jego umiejscowienie mózgowe lub płucne.

Tymczasowe leczenie świeżej rany.

W leczeniu ran pierwsze oględziny rozstrzygają o tym, czy należy wykonać szycie rany, czy też należy tego poniechać. W najrzadszych przypadkach zranień można sobie pozwolić na zaszycie rany na głucho. W razie wątpliwości należy ranę traktować jako pierwotnie zakażoną. Do rany nie należy w ogóle wkraczać, chyba że zagraża krwotok, w razie którego należy wykonać tamponadę. Należy przestrzec przed przemywaniem*) rany jak również przed przepłukiwaniem jej różnymi rozczynami, ponieważ przy tego rodzaju manipulacjach, przeprowadzanych na świeżych ranach, istnieje zawsze możliwość wtórnego zakażenia rany wskutek przeniesienia tam ziarenkowców z otoczenia. Jednakże większe zanieczyszczenia, odłamki drzewa i in. należy usunąć przy pomocy pincety. Tymczasowe opatrzenie rany — jeżeli chwilowo nie można pozwolić sobie na ostateczne jej załatwienie — polega wyłącznie na założeniu suchego antyseptycznego opatrunku, unieruchomieniu oraz, w razie potrzeby, wysokim ułożeniu.

Ostateczne leczenie świeżej rany.

Po pierwszym opatrunku, szczególnie jeśli był on tymczasowy, powinno jak najrychlej nastąpić ostateczne opatrzenie rany, ponieważ widoki na zagojenie się są tym pomyślniejsze im szybciej przystąpimy do właściwego leczenia. Leczenie to jest operacyjne, lecz tylko wtedy, jeżeli chodzi o rany „świeże", to zn. jeżeli jeszcze żadne zarazki nie dotarły w głąb rany. Na ogół można przyjąć, że zarazki wkraczają po 6 — 8 godzinach. *Kurtzahn* nie jest zwolennikiem opierania się na pewnym ściśle określonym terminie; w zranieniach łagodnych, np. w kopalniach węgla, jeszcze po 24 godzinach można traktować ranę jako „świeżą", podczas gdy w znacznych uszkodzeniach tkanek już 6 godzin stanowi bardzo długi okres czasu. Leczenie operacyjne ma za zadanie niedopuszczenie drobnoustrojów do rany dzięki usunięciu cienkiej warstwy brzegów rany oraz wolno leżących tkanek skalplem lub nożyczkami; należy również usunąć

*) Jedynie w razie bardzo silnego zabrudzenia należy ranę obmyć H_2O_2 i przepłukać następnie roztworem Rivanolu *(Hoche)*.

tkanki zmiażdżone. Rzecz oczywista, że zabiegi powyższe należy przeprowadzać w ramach podyktowanych warunkami anatomicznymi; usunięcie skóry, powięzi oraz mięśni nie wywołuje zaburzeń czynnościowych; natomiast w razie zranienia kości lub ścięgien, w rachubę wchodzić może jedynie odświeżenie brzegów rany.

Jeżeli wskutek zranienia ulegnie otwarciu którakolwiek z jam ciała, wówczas należy również odświeżyć brzegi rany, przy czym w zranieniach naruszających stawy zaszywa się ranę na głucho. W ranach kości czaszki trzeba usunąć wgniecione odłamki kostne. Dla przeprowadzenia niebolesnej tualety rany wypada dokonać znieczulenia miejscowego bądź przewodowego Novocainą. W większych ranach niekiedy zajść może potrzeba uśpienia ogólnego (Evipan-Na, eter i t. d.). Podług *v. Seemena* dla dalszego przebiegu sprawy bardzo duże znaczenie posiada ogolenie otoczenia rany na sucho i to w kierunku od rany. Przedtem należy jeszcze przy pomocy eteru, benzyny lub niekiedy H_2O_2 usunąć z otoczenia rany brud oraz zakrzepłą krew. Po ogoleniu raz jeszcze oczyszcza się skórę watką przepojoną eterem, po czym odkaża się otoczenie rany nalewką jodową lub znakomicie ją zastępującym roztworem Rivanolu (1⁰/₀₀). Dopiero teraz następuje wspomniane już wycięcie brzegów rany. Po wykonaniu wycięcia można przy pomocy haków rozchylić ranę i zrewidować jej zatoki, przy czym można je otworzyć lub wykonać przeciwnacięcia. Ustala się również konieczność ewentualnego założenia sączków, a w razie potrzeby zeszywa się naczynia, powięzi lub nerwy. Zranione kaletki maziowe najlepiej jest usunąć. W celu ewentualnego koniecznego zatamowania krwotoku posługujemy się podwiązywaniem, obszywaniem lub też sposobami elektrochirurgicznymi. Przy pomocy leków przeciwkrwotocznych (Manetol, przetwory pektynowe) osiąga się skutek jedynie w krwawieniach miąższowych, nie zaś w krwawieniach z większych naczyń. Witamina C lub Citrin, witamina K, wyciągi wątrobowe wchodzą w rachubę jedynie w zaburzeniach krzepliwości krwi, pojawiających się niezależnie od zranienia. Jako najlepszy opatrunek na zamknięte, nie zakażone rany operacyjne uchodzi obecnie również sucha aseptyczna gaza.

Dla dalszego leczenia dużych ran, mianowicie w zranieniach stawów, należałoby zakładać opatrunek gipsowy z okienkami. Jeżeli w ranie zamkniętej przy pomocy szwu dochodzi do zakażenia ropnego, wówczas zaleca się unieruchomienie. W przypadkach, w których unieruchomienie okazuje się nieskuteczne i nie zapobiega pojawieniu się lub wzrostowi gorączki, należy natychmiast dokonać nacięcia nacieku zapalnego.

Rany zakażone.

Spośród zarazków, które zazwyczaj w chwili zranienia lub też wkrótce potem dostają się do rany, należy przede wszystkim wymienić następujące: staphylococcus pyogenes albus (rzadziej aureus i citreus), streptococcus pyogenes, micrococcus tetragenes, b. pyocyaneus, laseczniki tężca oraz liczne saprofity. W świeżych ranach postrzałowych znajduje się przeważnie paciorkowce i gronkowce. *Hanusa*, który badał 43 rany postrzałowe odniesione na wojnie — w 20 przypadkach, a więc nieomal u połowy rannych, stwierdził obecność lasecznika zgorzeli gazowej Welch-Fränkla. Wymienione dotychczas sposoby nie mogą oczywiście chronić przeciwko beztlenowcom. Zależnie od rodzaju rany oraz częściowo od doświadczeń poczynionych na miejscu, wstrzykuje się zapobiegawczo surowicę przeciwko beztlenowcom, laseczniкom zgorzeli gazowej lub laseczникom tężca. Wstrzyknięcie surowicy tężcowej*) powinno być wykonane natychmiast przy pierwszym opatrunku rany, przy czym stosuje się 3000 j. a.; zależnie od okolicy i rodzaju rany może okazać się koniecznym zapobieganie rozwojowi zakażenia zgorzelą gazową. Nowsze doświadczenia przemawiają za celowością zapobiegawczego stosowania w tych przypadkach surowicy przeciw zgorzeli gazowej oraz leków chemoterapeutycznych**).

Związki pokrewne Prontosilowi zdają się tu być bardzo skuteczne. W przypadkach, w których z racji zapobiegawczego stosowania surowicy należy obawiać się nadwrażliwości, wskazane jest stosowanie nowej fermo-surowicy. Wreszcie należy jeszcze wskazać na fakt, że w bliznach po starych zranieniach w bezpośrednim otoczeniu zarośniętych odłamków pocisków i t. p. w ciągu wielu lat mogą utrzymywać się żyjące zarazki tężca. Zarazki te mogą stawać się przyczyną nawrotów tężca, wywołanych

---

*) Zagadnienie zapobiegania przy pomocy surowic jest bardzo dokładnie omówione u *Lehmanna*, Med. Kl. 1939, nr 21/24 i in.

**) *Schöne* (Th. Ggwt. 1940, nr 11) uważa wprawdzie współczesne surowice przeciwko zgorzeli gazowej za skuteczniejsze niż dawniej, jeszcze więcej jednak nadziei pokłada w chemoterapii.

operacjami lub nowymi zranieniami dawnego miejsca. Dlatego też w późnych operacjach należy z reguły stosować surowicę tężcową wzgl. w miarę możności dokonywać wycięcia wśród tkanek zdrowych.

Leczenie „starych" ran.

Do ran „starych" zaliczamy takie rany, w których wycięcie brzegów nie jest możliwe ze względu na to, iż od chwili zranienia upłynęło więcej niż 8 — 12 godzin. Wycięcie brzegów rany zatem jest tu już niemożliwe, wyjąwszy jedynie rany cięte twarzy lub też zakładanie pewnych szwów. We wszelkich wypadkach tego rodzaju powinniśmy z góry liczyć się z zakażeniem rany oraz wynikającym stąd gojeniem się per secundam. Wskutek walki ustroju z zakażeniem dochodzi do przekrwienia i wysiękania. W tych wypadkach bardzo dobrze działa nie wymieniony jeszcze opatrunek wilgotny, przede wszystkim również opatrunek alkoholowy; również niezbędnym warunkiem jest unieruchomienie. Zmiany opatrunku należy dokonywać bardzo ostrożnie, w razie zlepów niekiedy wypada zastosować kąpiel w ciepłej wodzie z dodatkiem mydła szarego, naparu rumianku lub $KMnO_4$; ważne znaczenie posiada także oczyszczenie okolicy rany benzyną lub eterem. W obrębie oka, gdzie oczywiście nie przykłada się opatrunków alkoholowych, znajdują zastosowanie okłady z 2%-owego kwasu bornego. W zakażeniach pałeczkami ropy błękitnej pomyślny skutek przynosi najczęściej okład z octanu glinu lub roztworu Dakina (podchlorynu sodowego). Niektórzy polecają także osmotyczne leczenie rany przez przysypywanie jej pudrem cukrowym. Stare, obecnie znów polecane, otwarte leczenie ran staje się jeszcze skuteczniejsze dzięki przepłukiwaniu roztworem Dakina. Jedną z zalet tego sposobu jest usuwanie zapachu wydzielanego przez ranę*).

Dla pobudzenia wysiękania oraz w celu przyspieszenia procesów obumierania tkanek stosuje się różne maści, wśród których na szczególną uwagę zasługuje maść rtęciowa (10%-owa szara maść rtęciowa, 4%-owa czerwona maść rtęciowa). Następnie strup ulega oddzieleniu od rany, pod spodem zaś, jako wyraz procesu gojenia, wytwarza się ziarnina, której nadmierny rozwój zostaje powstrzymany przy pomocy $AgNO_3$. Znowu wraca do mody stare leczenie tranem wątrobowym, które znajduje swe dalsze udoskonalenie m. in. w stosowaniu 1 — 2%-owej maści voganowej (witamina A). Również maści zaczynowe (pepsyna) oraz hormonalne (insulina, hormon gruczołu tarczowego, testikulina, follikulina, Cyren) były już niejednokrotnie stosowane w celu przyspieszania gojenia się rany per secundam intentionem.

Antyseptyka ran.

Ze względu na wielokrotnie wymieniany już duży wpływ zakażenia na przebieg gojenia się rany, od dawna próbowano już działania środków odkażających, skutecznych w tej dziedzine. Od dawna poleca się tu już Rivanol, Trypaflavin oraz pochodne chininy, które to leki były niejednokrotnie używane z bardzo dobrym skutkiem. Niektórzy przypisują szczególnie pomyślne działanie balsamowi peruwiańskiemu. Również i pierwotne wycięcie brzegów rany nie usunęło na stronę wszystkich wymienionych środków odkażających; w otwartych ranach stawów oraz torebek ścięgnistych, gdzie wycięcie brzegów rany posiada ograniczony zasięg, należy poświęcić więcej uwagi stosowaniu roztworów odkażających, jak np. roztwór Chlumsky'ego (Alcoh. abs. 10, Camph. trit. 60, Acid. carb. cristall. 30).

*Leczenie trudno gojących się ran**).*

W leczeniu trudno gojących się ran próbuje się pobudzić epitelizację przy pomocy witaminy A lub maści tranowej podług *Löhra* (również 1 — 2%-owych maści voganowych).

Niedostateczną epitelizację może pobudzić również poprawa ukrwienia, na przykład przy pomocy leków rozszerzających naczynia (Padutin, maści hormonowe, Cyren). Dawniej używano również dla epitelizacji dość często czerwieni płoniczej lub Pellidolu (2%), inni natomiast stosowali maści z środkami ściągającymi, Protargol i in.). Ponieważ prawdopodobnie również witaminy biorą udział w gojeniu się ran wzgl. proces ten obciąża gospodarkę witaminową ustroju, przeto polecają również stosowanie diety

---

*) Por. również dane o kąpieli ran w Zephirolu (*Hochmuth*, M. Kl. 1936 nr. 9).

**) W leczeniu oparzeń, które nie są omówione w niniejszym artykule, obok metody taninowej nabrał znaczenia również sposób *Löhra* leczenia maścią tranową. Dane odnośnie do zaburzeń w oparzeniach pochodzą przede wszystkim od *Riehla* (Arch. Derm. Syph. 1931 t. 164).

obfitującej w witaminy (przede wszystkim witamina C). Rzecz oczywista, że w razie niemożności odrodzenia się nabłonka należy ubytek zastąpić przy pomocy przeszczepienia skóry.

Leczenie następcze rannych.

Leczenie następcze rannych, zależne od zaburzeń związanych z wytwarzaniem się blizn, dotyczy ruchów czynnych i biernych, następnie zaś poprawy ukrwienia przy pomocy zabiegów wywołujących przekrwienie. W niektórych rozległych zranieniach nie sposób uniknąć operacji plastycznych, usunięcia zniekształceń, przeszczepiań i t. p.

Na zakończenie przytoczymy kilka recept, które okazały się bardzo skuteczne w leczeniu ran:

Bismuth. subnitr.	3,0
Zinc. oxyd.	6,0
Amyl. trit.	12,5
Bals. peruv.	0,5
Acid. boric.	1,5
Vasel. flav.	26,0
Vogan	0,25 — 0,5
M. D. S. Maść voganowa	

Dermatoli	5,0
Zinc. oxyd.	
Amyli aa	22,5
Vas. flav.	50,0
M. f. ungt.	
D. S. Pasta cynkowo-dermatolowa	

Ubytki nabłonka:	
Protargoli	10,0
Acid. boric.	10,0
M. f. p.	
D. ad vitr. fasc.	
S. Przysypka do ran.	

Czerwień płonicza	2,0
Vogan	0,25 — 0,5
Vas. flav. ad	50,0
M. f. ungt.	
D. S. Maść Voganu z czerwienią płoniczą	

Vogan	0,25 — 0,5
Past. Zinc. ad	50,0
M. f. pasta.	
D. S. Pasta cynkowo-voganowa	

Pellidol }
Unden } maści
Cyren }

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

DERMATOLOGIA.

Czy istnieje związek pomiędzy uleczalnością rzeżączki a szczepami gonokoków A, C i D?

W odnoszeniu do dawnego leczenia srebrowego szczepy gonokokowe A i C zachowują się o tyle różnie, że zarówno chorzy mężczyźni jak i kobiety wykazują nieco lepsze (o 16 wzgl. 7%) wyniki lecznicze niż zakażeni szczepem D. Jeżeli natomiast chorych zakażonych szczepami A, C i D leczy się przy pomocy Ulironu, wówczas prawie wszyscy chorzy powracają do zdrowia już pod wpływem 1. uderzenia leczniczego. W zakażeniu szczepami A oraz C częściej konieczne było jeszcze 2. uderzenie ulironowe, tak, że ostatecznie odrazu stosowano tutaj 2 uderzenia lecznicze (w razie potrzeby zaś więcej). Wśród 35 zakażonych szczepem A, oraz 33 zakażonych szczepem C raz jeden tylko spotkano się z niepowodzeniem leczniczym. Leczenie Ulironem C w przypadku zakażenia szczepem D nie zawiodło ani razu, prawdopodobnie ze względu na szczególnie wybitne własności antygenowe gonokoków typu D.

Dr H. Neumann i *dr J. Altmeyer*, Klinika Dermatologiczna w Frankfurcie n. Menem.

(Derm. Wo. 1940 nr 33)

Błędne rozpoznanie raka zamiast kiły!

U pewnego 55-letniego mężczyzny, który jak twierdził, nigdy nie chorował na kiłę ani też nigdy nie przechodził leczenia przeciwkiłowego, doszło do znacznego zniszczenia w obrębie nosa, podniebienia oraz szczęki górnej. Zmiany te, rozpoznane jako rak, przez dłuższy czas były leczone przy pomocy promieni Röntgena i radu w pewnym znanym instytucie badań nad rakiem. W międzyczasie pacjent oślepł na oba oczy. Chory w bardzo złym stanie zgłosił się do *Seiberta*, który dopiero stwierdził kiłę dzięki natychmiast przeprowadzonemu badaniu krwi. Badanie tkanek stwierdziło również kiłę, przy czym nie wykryto żadnych zmian przemawiających za rakiem. Pomimo tego rozpoznanie, które dopomogło w zapoczątkowaniu właściwego leczenia, przyszło zbyt późno. Pacjent zmarł wkrótce po stwierdzeniu kiły.

Dr O. Seibert, Straubing.

(Arch. Derm. und Syph. 1940 t. 181)

Wyleczenie rzeżączkowego zapalenia wsierdzia.

Rzeżączkowe zapalenie wsierdzia przebiega najczęściej śmiertelnie. *Dohmen* zdołał uratować jednego chorego z wspomnianym cierpieniem. Pewien mężczyzna, który zaraził się rzeżączką w r. 1937, zachorował na rzeżączkowe zapalenie stawów oraz wsierdzia i między innymi był leczony Pyramidonem. Oprócz tego chory otrzymał 12 g Neo-Ulironu. W ten sposób doszło do wyzdrowienia, przy czym z krwi znikły stwierdzone uprzednio gonokoki. Prawdopodobnie istniejąca równocześnie zimnica typu czwartaczki przyczyniła się do pobudzenia sił obronnych ustroju. Po ponownym zakażeniu rzeżączkowym doszło w

danym przypadku znów do zapalenia stawów, zapalenie wsierdzia natomiast nie powtórzyło się.

Dr A. Dohmen,
Klinika Wewnętrzna w Hamburgu-Eppendorfie.
(Med. Welt 1940 nr 31)

Przeniesienie kiły na drodze pozapłciowej.

Pewna 1½-letnia dziewczynka została skierowana do kliniki z powodu owrzodzenia wargi górnej. Wskutek bezskuteczności leczenia maściami powstało podejrzenie kiły, które zostało potwierdzone dalszym spostrzeganiem. Badanie rodziny stwierdziło nieobecność zakażenia kiłowego zarówno u rodziców jak i u trzech braci, natomiast 11-letnia siostra posiadała również zmianę kiłową w obrębie wargi górnej; 6-letni brat miał zmianę kiłową w okolicy ucha, 17-letnia siostra również zmianę kiłową na wardze wreszcie 19-letni syn miał dodatnie odczyny serologiczne, przemawiające za obecnością kiły. Nie wiedział on nic o okolicznościach, w których mogłoby u niego dojść do zakażenia. Spośród dwóch kobiet, które znał, zbadano jedną i stwierdzono, że jest ona wolna od kiły, o drugiej natomiast wiedziano, iż w roku 1938 była niedostatecznie leczona na kiłę; wkrótce potem poznała ona 19-letniego młodzieńca i przeniosła na niego chorobę przez pocałunki. W ten sam sposób zakażenie zostało w dalszym ciągu przeniesione na 4 rodzeństwa: 2 dzieci było w swoim czasie przedstawiane lekarzom z powodu kiłowych zmian skórnych, które zostały jednak zakwalifikowane jako objawy jakiejś niewinnej choroby.

Dr G. R. Rowntree i *dr J. R. Hendon*,
Louisville.
(I. A. M. A. 1940 t. 115)

Salvarsan w lues inveterata.

Seibert wielokrotnie stwierdzał wśród więźniów lues inveterata. Podług *Seiberta* pozostaje kwestią szczęścia, czy stan ten przechodzi w metakiłę czy też w kiłę narządów wewnętrznych. U 284 osób z dodatnimi odczynami kiłowymi w surowicy krwi próbował *Seibert* energicznego leczenia Salvarsanem i bizmutem. W wyniku udało się wyleczyć jedynie 53 osoby; leczenie pozostałych przypadków należy określić jako nieskuteczne. Wśród „wyleczonych" w 5,6% doszło do powtórzenia się dodatnich odczynów surowiczych (osoby te nie są wliczone do liczby 53). W przypadkach późno leczonej kiły utajonej było bez znaczenia, czy przedtem było przeprowadzane jakiekolwiek leczenie czy też nie. Również leczenie gorączką (zimnica i in.) zawiodło całkowicie jeśli chodzi o jego wpływ na odczyny surowicze. Spośród działań ubocznych Salvarsanu stwierdził *Seibert* w 18,7% poważniejsze oraz w 14,7% lżejsze zaburzenia, jak gorączka, zespół objawów naczynioruchowych, nieżyt żołądka i jelit, toksyczne uszkodzenie wątroby z żółtaczką, zapalenie skóry, zapalenie wielonerwowe, zapalenie siatkówki, opryszczkę, krwotok mózgowy. Bizmut powodował niekiedy zapalenie jamy ustnej. Tego rodzaju mało obiecujące wyniki zniechęciły *Seiberta* w ogóle do leczenia zastarzałej kiły utajonej.

Dr O. Seibert, Straubing.
(Arch. Derm. u. Syph. 1940 t. 181)

Renta zamiast leczenia kiły.

Pewna kobieta, licząca obecnie 44 lata, była chora rzekomo od 8. roku życia. Ponieważ rodzicom zbyt trudno było utrzymywać niezdolną do pracy córkę, przeto wnieśli oni podanie do ośrodka opieki społecznej celem przyznanie córce renty. Sprawa została załatwiona przychylnie, przy czym wydający opinię lekarz nie rozpoznał właściwej choroby, uważając ją prawdopodobnie za toczeń. Pomimo tego jednak chora została w dniu 29.IX.1939 skierowana do kliniki dermatologicznej w Jenie „z powodu ciężkiego tocznia". Tutaj natychmiast stwierdzono, że rzekomy toczeń nie jest

niczym innym jak ciężką postacią kiły wrodzonej, której leczenia zaniedbano w ciągu przeszło 40 lat.

Prof. dr J. Hämel, Jena.
(Derm. Wo. 1940)

O Solu-Salvarsanie.

U pewnego 28-letniego osobnika chorego na kiłę (WR ++) stosowano różne przetwory arsenobenzolowe. Ponieważ pomimo początkowej rzekomo dobrej tolerancji środki te nie mogły być znoszone — pojawiała się gorączka — przeto w dalszym ciągu kontynuowano leczenie przy pomocy domięśniowych wstrzykiwań 1/4, 1/2 i t. d. do 6 cm^3 Solu-Salvarsanu. Również u innych 36 osobników kiłowych stosował *Vezirtzis* Solu-Salvarsan. Podobnie jak i u pierwszego chorego odczyny surowicze stały się wkrótce ujemne. Solu-Salvarsan był dobrze znoszony także przez chorych, którzy uprzednio zupełnie nie tolerowali przetworów arsenowych, oddziałując na nie gorączką. Wstrzykiwania domięśniowe były prawie zupełnie niebolesne. Bardzo rzadko stwierdzano niewielką gorączkę po pierwszych wstrzykiwaniach, nigdy nie dochodziło jednak do poważniejszych zaburzeń.

Dr P. Vezirtzis, Ateny.
(Akad. Iatrik. 1940 z. 7)

O leczeniu tocznia rumieniowatego.

U 19 chorych z toczniem rumieniowatym podawał *Paldrock* w ciągu 3 dni po 0,75 g Spirocidu, następnie zaś po 4 dniach przerwy 1 raz tygodniowo bizmut. Kuracje powtarzano zależnie od potrzeby, przy czym osiągano ilości łączne pomiędzy 7,5 a 45 g Spirocidu oraz 3 — 20 cm^3 przetworów bizmutowych Wyniki miały być bardzo dobre i utrzymywały się również w chwili badania kontrolnego, przeprowadzonego po 1 — 3 latach.

Dr A. Paldrock, Gdynia.
(Eesti arst 1940 z. 4)

Bydlęta z dodatnimi odczynami kiłowymi!

Surowice bydlęce dają często dodatni odczyn *Wassermanna* przy zwykłej technice reakcji w 37°, jeszcze częściej zaś na zimno; dzieje się to mianowicie w przypadkach, w których surowica bydlęca dochodzi do badania w stanie czynnym. Wielokrotnie proponowane stosowanie surowic bydlęcych zamiast krwinek barana do odczynu WR nie przyjęło się. Pomimo tego jednak warto wiedzieć, że ślady surowicy bydlęcej mogą przyczyniać się do dodatniego wyniku odczynu z surowicą ludzką, jeżeli krwinki nie zostały dokładnie przemyte. Wśród odczynów skłaczających spotykano się często z dodatnimi wynikami reakcji *Kahna*, citocholowej, odczynu *Müllera*, *Colliera* oraz *Hintona*. Odczyn *Sachs-Georgiego* wypadał słabo dodatnio jedynie u pewnej części zwierząt. Odczyn przejaśnienia *Meinickego* był ujemny z wyjątkiem jednego przypadku, również odczyn zmętnienia *Meinikkego* wypadał stale ujemnie. Dodatnie odczyny w uderzający sposób pojawiały się wyłącznie u dojrzałych bydląt. Cielęta oddziaływały ujemnie z nielicznymi tylko wyjątkami. Dalsze badania będą mogły rozstrzygnąć dopiero czy dodatnie odczyny surowicze u pozornie zdrowych bydląt uwarunkowane są jakimkolwiek utajonym zakażeniem.

Prof. dr Jahnel, Monachium.
(Zschr. f. Immun. forschg. 1940 t. 98)

O leczeniu świerzbu.

Bostlund stwierdził, podobnie do innych, pewien wzrost częstości świerzbu. Przetwór siarkowy Mitigal usuwa cierpienie w ciągu 3 — 4 dni. (*Bostlund* nie wspomina nic o trudnej uleczalności świerzbu, która była przedmiotem niektórych odpowiedzi ankiety przeprowadzonej przez Derm. Wo. 1940).

Dr M. C. Bostlund, Skals.
(Ug. f. Laeg. 1940 nr 52)

Działanie witaminy B_1 w połączeniu z witaminą C w wypadaniu włosów.

Pragnąłbym donieść o pewnym przypadku niezwykłego działania witamin. Przypadek ten dotyczy mej własnej żony, to też był spostrzegany szczególnie dokładnie. Chodziło tu mianowicie o 28-letnią, prawidłowo zbudowaną kobietę, która po raz pierwszy rodziła w r. 1935. Przebieg był prawidłowy, dziecko zdrowe. Drugi poród z początkiem lipca 1938 również przebiegł prawidłowo, dziecko było zdrowe. Po 5 tygodniach karmienie piersią przerwano z powodu braku pokarmu. Stan ogólny dobry. Po dalszych 6 tygodniach, a więc w mniej więcej 10 tygodni po porodzie rozpoczęło się wypadanie włosów, które zwiększało się powoli lecz stale. Poprawy nie udało się osiągnąć pomimo leczenia wodami do włosów (rezorcyna, siarka i t. p.). Ponieważ w międzyczasie doszło do wyraźnego ścieńczenia włosów, rozpocząłem więc tytułem próby wstrzykiwania Betaxin forte w połączeniu z witaminą C podług następującego schematu:

1. dnia: 1 ampułka Betaxinu z 1 cm^3 witaminy C w jednej strzykawce.

3. i 5. dnia: po 1 cm^3 witaminy C.

7. dnia: Betaxin z witaminą C w jednej strzykawce.

9. i 11. dnia: po 1 cm^3 witaminy C.

13. dnia: Betaxin z witaminą C.

15. i 17. dnia: witamina C.

Już po 2. wstrzyknięciu Betaxinu, a zatem na 8. dzień, wypadanie włosów znacznie zmniejszyło się. W 21. dniu wypadanie włosów ustąpiło całkowicie, rozpoczął się natomiast silny porost nowych włosów; do chwili obecnej nie doszło do ponownego wypadania włosów. Kuracji nie powtarzano. Ciekawe jest przy tym, że żona moja w żadnej mierze nie ucierpiała pod wpływem porodu i połogu a zatem nie schudła ani nie osłabła. Przeciwnie, przybrała w tym czasie około 2 kg na wadze.

W wypadaniu włosów rolę czynnika przyczynowego musiał odgrywać niedobór witamin, do którego doszło pomimo okresu letniego oraz obecności świeżych jarzyn. W dalszym ciągu przeprowadziłem analogiczne próby na samym sobie. Wypadanie włosów, utrzymujące się u mnie od lat, udało mi się opanować o tyle, że skłonność do wypadania włosów uległa znacznemu zmniejszeniu. Dawniejsze doświadczenia z samą witaminą C nie doprowadziły natomiast do żadnych wyników.

Tak więc w dwóch przypadkach wypadania włosów udało się doprowadzić do wyleczenia względnie znacznej poprawy przy pomocy skojarzonego leczenia witaminami B + C, podczas gdy uprzednie leczenie samą witaminą C nie doprowadziło do żadnych wyników.

Dr H. Lüdecke, Sieversdorf.
(Ther. Ber. 1939 z. 3)

Nowy przyczynek do znajomości kliniki oraz terapii ziarniniaka gruczołowego pachwin.

Wytwarzanie się pewnego rodzaju rowków pomiędzy pakietami gruczołowymi ma ułatwiać rozpoznanie ziarniniaka gruczołowego pachwin i umożliwiać stwierdzenie tej jednostki chorobowej w okresie, w którym odczyn *Freia* nie daje jeszcze żadnego wyniku. *Gjurić* w leczeniu używa sulfonamid, w ostatnich zaś czasach również 10%-ową maść z Prontosilu album w lanolinie. Maść przykłada się co 2 — 3 dni. W przypadkach, w których wyłączne podawanie sulfanilamidu nie wystarcza, poleca *Gjurić* skojarzone stosowanie Fuadinu Najlepiej działa Uliron. U kilku cho-

rych osiągnął *Gjurić* wyleczenie przy pomocy następującego postępowania:

1. 30 tabletek Prontosilu rubrum + 4 wstrzyknięcia Fuadinu + 6 tabletek Ulironu + 4 wstrzyknięcia Prontosilu solubile;

2. 40 tabletek Prontosilu rubrum + 10 wstrzyknięć Prontosilu solubile;

3. Prontosil album + Prontosil solubile (ilość nieznana);

4. 40 tabletek Prontosilu album + 9 wstrzyknięć Prontosilu solubile;

5. 38 tabletek Prontosilu rubrum + 5 × Prontosil solubile + maść prontosilowa;

6. 2 g Prontosilu rubrum dziennie; Prontosil solubile co drugi dzień, maść prontosilowa (łączna ilość nieznana);

7. 38 tabletek Prontosilu rubrum + 9 wstrzykiwań Prontosilu solubile;

8. 5 wstrzykiwań Prontosilu solubile, maść prontosilowa + 10 tabletek Ulironu.

Dr N. J. Gjurić, Zagrzeb.
(Arch. Derm. Syph. 1938 t. 178)

Rozpowszechnienie i długość karmienia piersią.

Zgodnie z badaniami odnoszącymi się do stosunków panujących w Niemczech (1937) stwierdzono, że przeciętnie 95,2% dzieci jest karmionych piersią. Jedynie Bawaria z 92,2% oraz Turyngia z 90% wyłamują się nieco z ogólnych ram. Natomiast bardzo znaczne różnice spotyka się odnośnie do długości czasu karmienia piersią. Podczas gdy wartość przeciętna dla Rzeszy wynosi 4,1 miesięcy, odpowiednie liczby dla pruskich dzielnic zachodnich i środkowych wynoszą 4,9 względnie 4,8 miesięcy. W Turyngii długość karmienia piersią wynosi 4,1 miesięcy, w Wirtembergii 4,0 miesięcy, w prowincjach Wschodnich Prus 3,9 miesięcy, w Badenii 3,6 miesięcy, w Saksonii 3,5 i wreszcie w Bawarii 3,3 miesięcy. Po przeprowadzeniu odrębnej statystyki dla miast i wsi stwierdza się tylko nieznaczne różnice w częstości karmienia piersią. Zupełnie inaczej rzecz się ma z długością karmienia piersią. W prowincjach wschodnich i zachodnich stosunki odnośnie do długości karmienia piersią są korzystniejsze jeśli chodzi o miasta. Odwrotnie dzieje się natomiast w Bawarii i Badenii. W Bawarii wielkie miasta mają znacznie krótszy okres karmienia piersią w porównaniu z małymi miastami. Natomiast w Badenii okręgi wiejskie z miastami średniej wielkości posiadają bardzo długie okresy karmienia. Jak się zatem zdaje, warunki miejskie lub wiejskie nie posiadają w omawianej sprawie większego znaczenia.

Dr Thieme,
Reichsgesundheitsbl. 1940.

(Med. Welt. 1941 nr 2, XXVII)

O leczeniu „paradoksalnym“.

Leczenie paradoksalne to zn. stosowanie testikuliny u kobiet (dawka jednorazowa do 25 mg propionatu testosteronu) przeprowadzono w metropatii krwotocznej, mięśniakach macicy, zbyt silnych krwawieniach miesięcznych oraz objawach ubytkowych w okresie przekwitania. Ogólne wyniki były pomyślne. Wydanie ostatecznego sądu o leczeniu paradoksalnym będzie możliwe dopiero po wykonaniu dalszych doświadczeń.

Dr Reifferscheid,
Klinika Kobieca w Würzburgu.
(Ztbl. Gyn. 1941 nr 10)

Wydawca: »Bayer« -PHARMA
Warschau, Helgolandstr. 7. Skrzynka pocztowa nr. 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Zakł. Wydawn. M. Arct, S. A. Warszawa, Czerniakowska 225.

T R E Ś Ć:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE: